

VD_FINDINFO AM 14/15 - 56/2016 vom 22. November 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_14_15_-_56_2016

FR: VD_FINDINFO AM 14/15 - 56/2016 du 22 novembre 2016

IT: VD_FINDINFO AM 14/15 - 56/2016 del 22 novembre 2016

Regeste

ASSURANCE COLLECTIVE, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXIGIBILITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE | 67 LAMal, 72 LAMal, 6 LPGA

Erwägungen

E. 22

novembre 2016 _____ Composition : M. Piguet , président M. Métral et Mme Pasche, juges Greffière : Mme _____ Monod ***** Cause pendante entre : Z. _____ , à [...], recourant, et B. _____ SA , à [...], intimée. _____ Art. 67 et 72 LAMal ; art. 6 LPGA. E n f a i t : A. Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, marié et père de trois enfants, est agriculteur de profession. Après avoir été opéré d'une hernie discale L4-L5 une première fois en mars 1998, il a souffert d'une lombosciatique sévère dès fin octobre 2013 et été en incapacité totale de travail de ce fait à compter du 14 novembre 2013. Il a subi une seconde cure de hernie discale L4-L5 le 3 décembre 2013. Dans les suites de cette intervention, il a présenté une parésie des releveurs du pied (pied tombant). Le cas a été annoncé à B. _____ SA (ci-après également : l'intimée) en sa qualité d'assurance perte de gain en cas de maladie, laquelle a versé des indemnités journalières. Afin de connaître le pronostic de reprise du travail, B. _____ SA a recueilli des renseignements auprès des médecins traitants de l'assuré, à savoir les Drs C. _____, médecin généraliste, et D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique auprès du Centre médical H. _____. Ce dernier a indiqué que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle d'agriculteur jusqu'au 9 février 2014 et de 80% dès le 10 février 2014. L'assuré était en revanche doté d'une capacité de travail entière dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles en lien avec la marche en terrain inégal, la conduite d'un véhicule et le port de charges. Des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité s'avéraient indiquées (cf. rapports du Dr D. _____ des 11 avril 2014,

E. 23

juillet 2014 et 23 septembre 2014). Le médecin-conseil de B. _____ SA, le Dr J. _____, s'est rallié à l'appréciation de ce praticien dans un avis du

E. 24

octobre 2014. Par décision du 29 octobre 2014, B. _____ SA a informé l'assuré que, compte tenu de l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, des indemnités de transition lui seraient accordées jusqu'au 31 mars 2015 et qu'elle cesserait tout versement de prestations à compter du 1^{er} avril 2015. L'assuré s'est opposé à la décision du 29 octobre 2014, exposant que son état de santé

n'était pas stabilisé. La capacité de travail définitive dans sa profession habituelle ne pouvait dès lors être fixée, ce qui rendait à son avis la détermination d'une activité adaptée impossible en l'état. Partant, il a conclu à l'annulation de la décision contestée et à la poursuite du versement des indemnités journalières jusqu'à la stabilisation de son état de santé ou jusqu'à l'épuisement des 720 jours légaux. Par décision du 27 mars 2015, B. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 29 octobre 2014, en se basant sur les appréciations des Drs D. _____ et J. _____ quant à la capacité de travail dans une activité adaptée. B. L'assuré a déféré la décision sur opposition précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 28 avril 2015, concluant à son annulation et, derechef, à la poursuite du versement des indemnités journalières au-delà du 31 mars 2015. Il a fait grief à l'intimée, sur le plan formel, d'avoir tardé à statuer sur son opposition et, sur le fond, a réitéré que son état de santé était en constante amélioration de sorte qu'il pourrait envisager de conserver son métier d'agriculteur. B. _____ SA a produit sa réponse au recours le 26 juin 2015, en proposant le rejet. Par réplique du 3 août 2015, le recourant a fait valoir des divergences dans les avis médicaux versés à son dossier et suggéré la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, destinée à se prononcer sur le potentiel d'évolution de son état de santé. L'intimée a dupliqué le 5 octobre 2015, persistant à conclure au rejet du recours. Elle a observé que le litige était en l'état d'être tranché, une expertise de l'assuré s'avérant à son sens superflue. En date du 20 octobre 2015, le recourant a fait parvenir à la Cour de céans une correspondance du 14 octobre 2015 rédigée par son neurologue traitant, le Dr F. _____. Invitée à se déterminer, B. _____ SA a relevé le 26 octobre 2015 l'absence d'élément nouveau avancé par le recourant. Sur requête du juge instructeur du 6 janvier 2016, le dossier constitué par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a été versé à la procédure. Les parties ont eu l'opportunité de prendre connaissance de ces pièces. Le recourant n'a pas fait usage de cette possibilité, tandis que l'intimée a pour sa part remarqué n'avoir aucune observation à formuler sur la teneur de ce dossier. La cause a dès lors été gardée à juger. Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans le développement juridique ci-dessous. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie] ; RS 832.10). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie au-delà du 31 mars 2015, singulièrement sur le point de savoir si l'intimée était légitimée à mettre un terme au versement de ces prestations avec effet à la date précitée. 3. Le recourant a conclu

auprès de l'intimée un contrat d'assurance d'indemnités journalières au sens de l'art. 67 al. 1 LAMal. a) L'art. 72 al. 2 LAMal prévoit que le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (art. 6 LPGA). b) Aux termes de l'art. 6 LPGA, auquel l'art. 72 al. 2 LAMal renvoie expressément, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. La précision apportée à la deuxième phrase de l'art. 6 LPGA est une expression de l'obligation de diminuer le dommage – qui est un principe général du droit des assurances sociales –, selon laquelle il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (voir ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; voir également ATF 114 V 281 consid. 1d). En ce sens, l'assurance d'indemnités journalières n'assure l'incapacité de travail que dans les limites posées par l'obligation de diminuer le dommage (Gebhard Eugster, *Krankenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 3^{ème} éd. 2015, n° 1461 ss p. 841). c) Lorsque l'assuré doit envisager un changement de profession, l'assurance doit l'avertir à ce propos et lui accorder un délai adéquat – pendant lequel l'indemnité journalière versée jusqu'alors est due – pour s'adapter aux nouvelles conditions ainsi que pour trouver un nouvel emploi (ATF 114 V 281 consid. 5b) ; dans la pratique, un délai de trois à cinq mois imparti dès l'avertissement de la caisse doit en règle générale être considéré comme adéquat (TFA K 42/05 du 11 juillet 2005 consid. 1.3, in : RAMA 205 KV 342 p. 356). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière, cas échéant réduite, dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré, qui se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu ou pourrait être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 129 V 460 consid. 4.2). 4. a) Le recourant a été en incapacité de travail à compter du 14 novembre 2013 pour cause de maladie. L'intimée a servi des indemnités journalières de ce fait en sa qualité d'assureur perte de gain en cas de maladie, conformément à l'art. 72 al. 2 LAMal. b) Comme indiqué plus haut, la deuxième phrase de l'art. 6 LPGA concrétise la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'obligation de diminuer le dommage, dans la mesure où elle précise que l'activité exigée de la personne assurée – en cas d'incapacité de travail de longue durée – peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. D'après les travaux parlementaires à la base de la LPGA, la notion de « longue durée » doit se comprendre comme signifiant « six mois ou plus » (Initiative parlementaire « Partie générale du droit des assurances sociales », rapport du 17 septembre 1990 de la Commission du Conseil des Etats, in : FF 1991 III 181, 244 ; voir également Béatrice Despland, *L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé, Son application aux prestations en espèces dans l'assurance-maladie et l'assurance-invalidité, Analyse sous l'angle du droit d'être entendu*, Genève/Zurich/Bâle 2012, p. 56). c) In casu, les pièces médicales versées au dossier du recourant relatent l'apparition d'une sciatique L4-L5 gauche dès fin octobre 2013 ayant nécessité une cure de hernie discale en date du 3 décembre 2013. Consécutivement à cette intervention, l'assuré a souffert d'une parésie du pied gauche qui a justifié notamment des mesures de rééducation (cf. rapports des Drs C._____ et D._____ des 17 mars 2014 et 11 avril 2014). Sur le plan de la capacité de travail, les médecins traitants de l'assuré ont convergé pour considérer une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'agriculteur dès le 14

novembre 2013, ramenée à 80% dès le 10 février 2014, au vu des exigences de cette profession. L'état de santé de l'assuré imposait en effet le respect de certaines restrictions en lien avec les déplacements en terrain inégal, la conduite de véhicules et le port de charges, ce qui apparaissait difficilement compatible avec une activité d'agriculteur (cf. rapports du Dr D. _____ des 11 avril 2014, 23 juillet 2014 et 23 septembre 2014 ; rapport du Dr C. _____ du 9 juin 2014). En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, le Dr D. _____ a estimé que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} avril 2014 (cf. rapports des

E. 26

novembre 2014 ; courriers du Dr F. _____ des 8 avril 2015 et 14 octobre 2015). Tel a d'ailleurs déjà été le cas puisque le recourant a pu reprendre son activité d'agriculteur à 30% dès le 1^{er} janvier 2015 (cf. à cet égard certificats médicaux du Dr C. _____ des 19 décembre 2014, 20 février 2015 et 18 mars 2015 adressés à l'intimée). Toutefois, dès lors que le recourant a recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée, la poursuite d'une incapacité de travail dans sa profession d'agriculteur s'avère sans pertinence dans le cadre de l'examen du droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie. 5. Pour le reste, le recourant ne conteste pas la détermination de sa perte de gain, fixée à 24% en application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Le revenu sans invalidité a été fixé sur la base du gain assuré, tandis que le revenu d'invalidité ressort de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (cf. fiche de calcul de l'intimée du 28 octobre 2014). Ce procédé s'avérant conforme au droit, la perte de gain arrêtée par l'intimée échappe en conséquence à la critique et exclut le paiement subséquent d'indemnités journalières en vertu de l'art. 72 al. 2 LAMal. 6. L'intimée a rendu sa décision initiale le 29 octobre 2014, annonçant à l'assuré le terme des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2015. Elle lui a accordé ainsi un délai de cinq mois pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé. Ce faisant, l'intimée a respecté les exigences posées par la jurisprudence fédérale énoncée plus haut sous considérant 3c. Il s'ensuit qu'elle n'a pas violé le droit fédéral, en se fondant sur l'exigibilité retenue par le Dr D. _____ et en octroyant à l'assuré un délai suffisant pour changer d'activité. Il n'y a en définitive pas lieu de remettre en cause le bien-fondé de la décision sur opposition attaquée et, partant, la suppression du droit aux indemnités journalières à compter du 1^{er} avril 2015. 7. Le recourant se prévaut également dans son recours d'une violation du principe de la célérité, dans la mesure où l'intimée aurait tardé à statuer sur son opposition interjetée le 28 novembre 2014. Certes, l'unique acte d'instruction opéré au stade de la procédure d'opposition est la soumission du cas au médecin-conseil, lequel s'est entretenu par téléphone avec le Dr F. _____ le 2 février 2015. On ne voit cependant pas qu'un délai de quelques mois pour établir la décision sur opposition entreprise soit particulièrement long, compte tenu de la nécessité de réexaminer globalement le dossier de l'assuré et de solliciter l'avis du Dr J. _____. Au demeurant, il ne ressort pas des pièces du dossier que le recourant se serait enquis du sort de son opposition auprès de l'intimée, ni qu'il aurait expressément invité celle-ci à statuer dans un certain délai. Partant, on doit qualifier d'infondé le grief du recourant. En outre, même si un retard à statuer était avéré, il ne saurait justifier l'annulation de la décision sur opposition entreprise, mais uniquement aboutir à la constatation de la violation du principe de célérité (cf. TF 9C_134/2012 du 12 juillet 2012 consid. 4 et référence citée). 8. Mal fondé, le recours de l'assuré du 27 avril 2015 doit être rejeté. a) La procédure étant gratuite (art. 61

let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. b) Le recourant, n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représenté par un mandataire professionnel, ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.